

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

N° 494

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris, en 1931

PAR

Louis-André BERGOUIGNAN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 17 Janvier 1903, à Paris

Les Perforations utérines de l'avortement criminel

Président de Thèse : M. le Professeur A. GOSSET.

PARIS

LES PRESSES MODERNES

45, RUE DE MAUBEUGE

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris, en 1931

PAR

Louis-André BERGOUIGNAN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 17 Janvier 1903, à Paris

Les Perforations utérines de l'avortement criminel

Président de Thèse : M. le Professeur A. GOSSET.

PARIS

LES PRESSES MODERNES

45, RUE DE MAUBEUGE

1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELbet.
	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BROCC	Pathologie chirurgicale.
BRULE	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LABBE Henri	Chimie biologique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphili-
VALLERY-RADOT	{graphie.
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS APPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

GURNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
REITTERER	Histologie .
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.

MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A LA MÉMOIRE DE MON AMI

RENÉ GERODIAS

Externe des Hôpitaux de Paris

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Grand Officier de la Légion d'Honneur

*En hommage de respectueuse admiration
et de profonde reconnaissance pour la solli-
citude qu'il n'a cessé de me témoigner au
cours des deux années d'externat et de l'an-
née d'internat que j'ai eu l'honneur de pas-
ser dans son service.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN COLONEL SPICK

Officier de la Légion d'Honneur

Directeur du Service de Santé de la 20^e Région

*dont j'ai eu l'honneur d'être le collabora-
teur à l'Hôpital Militaire de Casablanca, et
dont l'enseignement moral et professionnel
m'a été si précieux.*

Hommage de respectueuse affection.

AVANT-PROPOS

Parmi les nombreux problèmes cliniques et thérapeutiques que posent l'avortement et ses complications, il en est un qui n'a été que rarement étudié dans les publications scientifiques : c'est celui des perforations utérines.

Celles-ci ont à leur origine deux causes essentielles :

- Le curetage thérapeutique,
- L'avortement criminel.

Nous n'étudierons ici que les secondes, laissant ainsi de côté tout ce qui concerne les perforations du curetage, totalement différentes des précédentes par leur mécanisme, les conditions dans lesquelles elles surviennent, et les indications thérapeutiques qu'elles posent.

Nous avons été surpris de voir, dans les publications scientifiques que nous avons lues à l'occasion de ce travail, combien la dissociation entre ces deux groupes de perforations était peu marquée par la majorité des auteurs. C'est pourquoi il nous a semblé intéressant, en tirant parti de deux observations personnelles, et en étudiant les divers travaux publiés, de chercher à préciser les caractères bien particuliers des perforations criminelles, et surtout les indications thérapeutiques qui sont loin d'être uniformes.

Il est bien entendu que nous laisserons de côté toute question médico-légale, entièrement hors de notre compétence, ne nous occupant ici que de la partie chirurgicale du sujet,

ETIOLOGIE

Ce chapitre sera bref. Il est bien difficile, en effet, de faire préciser aux malades les conditions dans lesquelles l'avortement a été provoqué.

Leur discrétion est ici à toute épreuve, et telle femme portant une large déchirure du fond utérin niera énergiquement avoir subi la moindre manœuvre abortive.

On ne retrouve naturellement pas, parmi les causes de perforations utérines, les avortements provoqués par les lamineaires. Celles-ci donneront tout au plus, et exceptionnellement, des fissurations de l'isthme aboutissant à des hémorragies importantes, et à des suppurations du ligament large.

En pratique, l'on retrouve deux mécanismes :

1) *L'introduction dans l'utérus* d'un objet long et rigide, sonde en gomme, hystéromètre, curette, aiguilles à tricoter, cuiller en bois taillée en pointe (Krsek), etc...

Nous signalerons, en particulier, le cas d'une de nos opérées (Obs. 1) qui, après plusieurs tentatives infructueuses avec une sonde urétrale molle, avait eu l'idée d'introduire dans cette sonde un fragment de fil de fer, véritable mandrin qui causa d'ailleurs d'importants dégâts.

2) *L'injection intra utérine*, à propos de laquelle il faut reconnaître la part qui revient :

à la sonde elle-même, et une observation de Lecène, qui retrouva une sonde en verre cassée dans le ligament large, est particulièrement suggestive.

au liquide injecté, et Balard a rapporté une observation dans laquelle la perforation fut provoquée par une injection de teinture d'iode presque pure. Il est d'ailleurs permis de se demander si la perforation n'a pas été due ici à la sonde, beaucoup plus qu'au liquide injecté. C'est quotidiennement en effet que, dans la plupart des services de chirurgie, on fait, après curetage, des écouvillonnages iodés, sans qu'à notre connaissance il se soit jamais produit un accident de ce chef.

Souvent aussi, les femmes ont utilisé une solution toxique, mercurielle en particulier, et il faudra savoir y penser en présence d'accidents généraux, et surtout de néphrites aiguës survenant dans les heures ou les jours qui suivent la tentative d'avortement.

Il nous faut enfin insister sur la fragilité particulière de l'utérus gravide, qui se laisse très facilement traverser.

Point n'est besoin de déployer une force considérable pour perforer un utérus, et c'est plutôt bien souvent, dans le cas qui nous occupe, affaire de maladresse que de force.

C'est d'ailleurs ce qui explique que la plupart des perforations rencontrées ont été provoquées par la femme elle-même, et non par une tierce personne.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — LES LÉSIONS ANATOMIQUES

a) *Utérus*

1) *Les dégâts utérins* sont plus ou moins considérables. Ce n'est parfois qu'un simple orifice, du calibre de l'objet contondant, c'est parfois au contraire une déchirure large et béante, ayant laissé échapper dans la cavité abdominale le fœtus et des fragments placentaires.

Un fait est intéressant à noter : la résistance beaucoup plus grande du péritoine que du muscle utérin. Il n'est pas rare, en effet, de constater une déchirure péritonéale peu étendue, sous laquelle l'utérus est véritablement déchiqueté.

Ce sera une chose importante à apprécier pour la conduite opératoire ; on pourrait être, en effet, tenté de suturer une simple déchirure péritonéale, et être malgré tout conduit à l'hystérectomie, à cause des lésions musculaires sous-jacentes.

2) *Le siège des lésions utérines est variable.*

La plupart des auteurs indiquent comme maximum de fréquence l'isthme et le fond utérins.

En réalité, on peut rencontrer des perforations au niveau de la face postérieure, des cornes, des bords latéraux, de la face antérieure, bref sur tout l'utérus sus vaginal.

Il faut, d'autre part, distinguer :

— Les perforations intrapéritonéales, de beaucoup les plus fréquentes.

— Les perforations extrapéritonéales qui, dans la règle, sont des perforations des bords latéraux de l'utérus. Le corps étranger a pénétré dans le ligament large, où il peut rester inclus (Lecène) et où il cause presque toujours de gros dégâts : lésions de l'urètre, des vaisseaux utérins.

Le siège des perforations est fonction de deux facteurs :

— La position de l'utérus.

— La direction de l'objet traumatisant.

La position de l'utérus a une importance capitale, sur laquelle Lecène insiste tout particulièrement. Si la perforation a lieu le plus souvent au niveau de l'isthme, c'est parceque c'est le point d'élection des coudures utérines.

Fréquentes sont cependant les perforations antérieures d'un utérus rétroversé, postérieures d'un utérus antéversé.

La direction de l'objet traumatisant a, elle aussi, bien entendu, une certaine importance, et, bien que les documents ne soient guère explicites à ce sujet, il est permis de penser que lorsque la femme a fait elle-même sa tentative d'avortement, la perforation doit être postérieure, puisque la sonde a tendance à être dirigée en haut et en arrière.

3) *L'évolution anatomique* des lésions est très importante à préciser. Elle a été bien étudiée dans la thèse de Paul, et également à la Société de Médecine légale en 1914.

Presque toutes les perforations ont la même forme : cratère dont l'ouverture la plus large se trouve du côté péritonéal. Ceci est d'ailleurs absolument

comparable aux lésions causées par un projectile de guerre dont l'orifice de sortie est éclaté, déchiqueté, alors que l'orifice d'entrée est le plus souvent ponctiforme.

Un point est important à considérer dans la nature et l'évolution des lésions : c'est la fréquence des *phénomènes de thrombose et de gangrène utérines*.

Bien souvent, en effet, l'instrument est simplement venu érailler la muqueuse, la dilacerer, et c'est de ce point contus que vont partir les phénomènes gangréneux qui aboutiront à la perforation.

Leclercq et Crépin (Société de Médecine légale, 1914) ont insisté à ce propos sur la mauvaise vascularisation du fond utérin, au niveau de la ligne médiane. Les tissus se défendent mal à cet endroit et c'est pourquoi les gangrènes utérines post-abortum seraient beaucoup plus fréquentes au niveau du fond qu'en toute autre partie de l'utérus.

Une observation de Mauclaire est particulièrement intéressante à ce sujet : il s'agissait d'une femme de 21 ans ayant subi une tentative d'avortement par injection intra utérine de liquide caustique.

Vue 36 heures après la perforation, elle présentait un faciès péritonéal, un ventre douloureux, ballonné.

A la laparotomie, on trouva un peu de liquide séreux dans le Douglas. Sur le fond de l'utérus, la séreuse était saine, *non perforée*, mais recouvrait une zone noirâtre. L'opérateur referma avec un simple drainage.

Dans les jours qui suivirent, température élevée, vomissements, firent penser à une rétention placentaire pour laquelle une tentative de curetage très prudente fut faite le 5^e jour.

La mort survint le 10^e jour en pleine péritonite.

L'autopsie montra une perforation utérine très large avec péritonite.

Il n'est pas douteux que la perforation s'est faite ici à retardement, précédée d'une période de thrombose et de sphacèle utérins.

Cette observation souleva d'ailleurs d'importantes questions médico-légales, sur lesquelles nous n'insisterons pas ici, et qui furent discutées à la Société de Médecine Légale, en janvier 1914.

Il faut d'ailleurs savoir que l'infection utérine n'est pas constante, et l'une de nos opérées présentait une très vaste déchirure utérine, avec lésions du grêle, sans aucun signe de gangrène ni de péritonite.

b) *Les lésions associées*

L'utérus n'est malheureusement pas toujours le seul organe lésé au cours des avortements criminels. Il faut toujours, au moment de la décision thérapeutique, envisager la possibilité de lésions d'autres viscères abdominaux.

1) *Le péritoine* est évidemment le premier atteint, quoique nous ayons vu qu'il pouvait exister des perforations sous-ligamentaires, donc sous-péritonéales.

Dans la grande majorité des cas, cependant, le péritoine est perforé, des débris placentaires et même le fœtus ont pu faire effraction dans la grande cavité.

Quelle va être alors la réaction péritonéale ? Péritonite presque toujours, mais dont l'intensité est très variable.

Il nous semble en effet que cette intensité est essentiellement en rapports avec l'élément microbien en cause. Il ne faut pas toujours, comme on le faisait classiquement, incriminer le streptocoque. D'autres germes peuvent se rencontrer et, dans deux ob-

servations de Löwy, il s'agissait de péritonites à pneumobacille de Friedlander dans l'une, et d'association pneumocoque entérocoque dans l'autre.

Enfin, il peut n'y avoir aucune trace de réaction péritonéale, ainsi qu'en témoigne notre observation I.

2) *Les viscères abdominaux.*

La vessie peut être déchirée sur sa face postérieure. Le plus souvent, il y a eu déchirure de la face antérieure de l'utérus, et perforation intrapéritonéale de la vessie au-dessus du cul-de-sac vésico-vaginal.

Les lésions sont plus rarement sous-péritonéales et sont alors dues en général à une perforation du cul-de-sac antérieur du vagin.

Rosenzweig cite l'observation de l'une de ses opérées qui présentait une véritable plaie de part en part de la vessie, avec déchirure de la face postérieure et de la face antérieure, et ouverture de la cavité de Retzius.

Les uretères sont fréquemment lésés dans la perforation des bords latéraux de l'utérus. Plusieurs observations d'Ottow, Rathenow, Klauser, en particulier, relatent des lésions uretérales consécutives à une blessure du ligament large. Ce peut être une simple plaie latérale de l'uretère, ou bien une section véritable avec issue du fragment supérieur de l'uretère dans la cavité utérine.

L'intestin grêle peut également se trouver atteint; on retrouve notamment les cas de Mestitz, Brown Craig, Simoncelli. On verra également une de nos observations personnelles.

Ce qui frappe d'ailleurs, à la lecture de ces observations, c'est qu'il s'agit beaucoup plus souvent de lésions mésentériques qu'intestinales. Le grêle est

rarement perforé, peut-être parce que sa paroi élastique fuit contre le corps étranger.

Le mésentère est au contraire souvent déchiré, et, chez la malade de notre observation I, le grêle se trouvait désinséré de son mésentère sur une longueur d'environ 25 à 30 centimètres, alors que lui-même ne portait que quelques taches ecchymotiques.

Dans la règle, l'intestin fait hernie dans la cavité utérine, parfois même dans le vagin ; Brown Craig cite l'histoire d'une femme dont un long segment de grêle faisait issue hors de la vulve. Une sage-femme prit ce segment intestinal pour le cordon ombilical... et en sectionna 75 centimètres ! Ce n'est qu'en voyant le contenu de ce pseudo cordon qu'elle comprit, mais un peu tard, son erreur, et fit appel au chirurgien qui opéra et guérit la malade.

Le gros intestin est plus rarement lésé. Worthmann Maxwell a publié une observation de perforation utérine avec lésion du rectum, et Placentianu a vu une rupture importante de l'anse sigmoïde.

3) *La paroi abdominale* elle-même peut être intéressée dans les perforations criminelles de l'utérus.

Battomley cite un cas de passage d'une sonde utérine à travers la paroi abdominale. Cette éventualité doit être d'ailleurs exceptionnelle, et c'est le seul cas que nous ayons trouvé dans nos recherches bibliographiques.

Dans cet ordre d'idées, nous citerons une observation que nous devons à l'obligeance du Docteur Loewy.

Mlle D... Solange, 17 ans, entre le 28 mai 1930 à la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière, dans le service de notre maître le Professeur Gosset.

Elle présente un syndrome de péritonite aiguë généralisée, avec température à 40°, pouls incompatible, facies péritonéal, vomissements fréquents.

A l'examen, abdomen distendu présentant, à la palpation de nombreux gâteaux irréguliers, prédominant dans les deux fosses iliaques.

Mais on est surtout frappé par une plaie siégeant au niveau de l'ombilic, irrégulière, longue de 2 à 3 centimètres.

La malade délire, et semble dire « qu'on lui a fait quelque chose parce qu'elle était enceinte ».

Le diagnostic de péritonite par perforation utérine aurait paru logique s'il n'y avait eu cette plaie ombilicale qui orientait plutôt l'esprit vers celui de péritonite à pneumocoques.

De toutes façons, d'ailleurs, la fin n'était qu'une question d'heures, et l'on ne pouvait songer à tenter quoi que ce soit de chirurgical.

La malade meurt, en effet, quelques heures après son admission. L'autopsie, faite par le Docteur Ivan Bertrand, montra les lésions suivantes :

« Péritonite généralisée. Volumineux hématome de la région lombaire gauche et de la fosse iliaque.

« Perforation utérine largement béante au niveau du fond. Une longue sonde en caoutchouc est trouvée dans la cavité abdominale, au milieu de fausses membranes purulentes.

« Il existe en outre une plaie béante au niveau de l'ombilic, plaie oblique en bas et en arrière, pénétrante, et pouvant admettre le petit doigt. »

Une enquête discrète permit alors d'apprendre que l'auteur de l'avortement avait vu disparaître la sonde dans l'abdomen, et n'avait pu la rattraper. Il avait alors fait une petite incision abdominale, espérant ainsi, mais en vain, supprimer le corps du délit !

ETUDE CLINIQUE

Il semble vraiment très difficile, après la lecture des observations publiées, d'isoler un type clinique précis de perforation utérine.

La plupart des publications se rapportent, en effet, à une forme anormale de perforation, et en particulier aux formes compliquées et associées à des lésions viscérales.

D'autre part, les conditions dans lesquelles on voit les malades peuvent être très différentes. Rarement il s'agit de cas au début, alors que la perforation est le seul élément anatomique encore en jeu ; peu nombreuses, en effet, sont les femmes qui viennent à l'hôpital dans ces conditions. Elles ignorent souvent la perforation, et, même en connaissance de cause, espèrent une guérison spontanée qui les aura laissées seul témoin de leur acte criminel.

Ce n'est donc, le plus souvent, qu'au bout de deux ou trois jours, alors que des symptômes déjà alarmants sont apparus, que l'on amène les malades à l'hôpital. Et nous verrons plus loin comment se pose, dans ces cas, le problème clinique, selon que la femme confesse ou non les manœuvres intrautérines.

Il semble cependant qu'au début, alors qu'il n'y a pas encore de péritonite, les symptômes doivent se rapprocher sensiblement de ceux d'une perforation au cours d'un curetage pour rétention placentaire non infectée.

C'est pourquoi nous étudierons, en nous aidant de nos observations personnelles et des travaux que nous avons lus :

- 1) La perforation utérine non compliquée au début.
- 2) Son évolution.
- 3) Ses formes cliniques.

1) *Le Syndrome de perforation utérine au début*

Seul, l'interrogatoire permet de préciser le début des symptômes, quand la malade veut bien répondre aux questions qu'on lui pose.

On apprend alors qu'à la suite de manœuvres intrautérines, souvent d'ailleurs répétées à plusieurs jours d'intervalle, la femme a ressenti une vive douleur dans le bas-ventre, en même temps qu'elle a perdu un peu de sang.

La douleur initiale peut être très variable.

C'est, dans certains cas, une douleur syncopale, absolument analogue à celle d'une rupture de grossesse tubaire.

Le plus souvent, la douleur est moins intense, quoique vive.

Son siège est hypogastrique, médian ou latéral.

Elle irradie vers les lombes, les membres inférieurs. Mais c'est une douleur abdominale, plus qu'utérine, fait important quand on peut le préciser.

Elle ne va d'ailleurs pas tarder à s'atténuer, et cette accalmie sera, comme d'ailleurs dans bien des syndromes aigus abdominaux, une cause de retard à l'intervention.

Les pertes sanguines, sauf le cas de rupture d'un gros vaisseau, sont peu importantes, parfois même insignifiantes.

En résumé, douleur violente au moment de

l'introduction d'un corps étranger dans l'utérus, parfois sensation de déchirement et de cessation brusque de la résistance opposée à la sonde avec pénétration de celle-ci dans l'abdomen, tel est le signe fonctionnel majeur qui amène parfois précocement la malade au chirurgien.

L'aspect général est le plus souvent bon, hormis bien entendu le cas d'hémorragie ; la température est aux alentours de la normale, le pouls bien frappé.

L'examen de l'abdomen sera le plus souvent très pauvre.

L'élément majeur à rechercher est la *contracture*, non pas la contracture superficielle, de défense, que l'on vaincra facilement par une palpation douce et progressive, la main bien à plat, mais la contracture profonde, seul témoin d'une lésion aiguë intra abdominale.

Nous utilisons à dessein ce terme un peu vague de « lésion aiguë intra abdominale ».

On sait en effet combien on a discuté ces années dernières, sur la valeur de la contracture dans les lésions aiguës de l'abdomen.

Certains auteurs pensent que la contracture est un signe de péritonite, et que là où il n'y a pas péritonite, ruptures du foie ou de la rate, par exemple, elle n'existe pas.

D'autres croient au contraire qu'elle est le témoin de tout drame aigu abdominal, même en dehors de toute infection du péritoine.

Un fait est certain, c'est que la contracture peut manquer, même en présence d'une lésion utérine évidente.

Qu'il nous soit permis de rappeler, à ce propos, une observation personnelle, un peu en dehors du sujet auquel nous nous sommes limité, mais qui nous sera cependant utile pour notre étude.

Le 26 juin 1931, nous faisons, à l'hôpital Lari-

boisière, dans le service de notre maître, le Docteur Sauvé, un curetage pour rétention placentaire. A un certain moment, nous sentons, au bout de la curette mousse, un corps étranger intra-utérin, que nous prenons pour le fœtus ou un gros bloc placentaire.

Avec une pince à faux germe, nous essayons de le prendre, et nous ramenons une anse grêle...

Celle-ci étant intacte est réintégrée dans l'abdomen, et, sur les conseils de M. Sauvé, nous nous abstenons de toute thérapeutique active. La malade est ramenée dans son lit avec de la glace sur le ventre.

Une surveillance active, d'heure en heure le premier après-midi, bi-quotidienne les jours suivants, ne nous a jamais permis de déceler la moindre contracture abdominale. Les suites ont été tellement bénignes, sans fièvre, sans aucun signe de réaction péritonéale qu'il aurait été permis de douter de l'existence d'une perforation, si l'on n'avait vu cette anse grêle à la vulve.

Ainsi donc : perforation utérine évidente, et importante puisqu'elle a permis le passage d'une anse grêle et, cependant, pas de contracture abdominale. Voilà un fait précis que nous versons au débat, et qui semble indiquer que la contracture abdominale doit tout de même être en rapports avec un certain degré de réaction péritonéale infectieuse.

La contracture devra néanmoins être recherchée avec le plus grand soin chez les malades soupçonnées de perforations utérines. Elle est parfois minime, et, suivant l'expression de notre maître le Professeur Proust, ce n'est souvent « qu'une pièce de cinq francs enchassée en un point précis de la paroi abdominale ». Bien limitée, d'ailleurs, elle n'a que plus de valeur, et permet d'éliminer ainsi la contracture superficielle de défense, qui est, en général, très étendue.

Le second élément à rechercher par la palpation est *la douleur*. Parfois diffuse, et sans grande valeur, elle est souvent aussi exquise en un point précis, répondant à une corne utérine. Cette localisation, particulièrement facile à déterminer chez les femmes à paroi mince et dépressible, prend alors, comme la contracture localisée, et associée à elle, une grande valeur diagnostique.

Le toucher vaginal précisera l'état du col, souvent déchiqueté par de premières tentatives infructueuses d'avortement. Il permettra parfois aussi de localiser une douleur au Douglas, montrant ainsi la réaction péritonéale commençante.

L'examen au speculum enfin ne sera pas négligé. En dehors du col, il permettra d'examiner les culs-de-sac, et de voir si la perforation n'est pas plutôt vaginale qu'utérine. L'omission de cet examen nous a conduit à une erreur de diagnostic, comme nous le verrons plus loin (Observation II).

En résumé, on voit qu'en dehors de la douleur et de la contracture, souvent d'ailleurs minimales ou inexistantes, l'examen d'une malade atteinte de perforation utérine au début est très pauvre.

Et c'est encore l'interrogatoire qui fournira les arguments les plus précieux pour poser le diagnostic, à condition que la malade consente à donner les renseignements qui constituent les éléments de base pour reconnaître les lésions.

2) *Evolution des perforations utérines non compliquées de lésions viscérales associées*

Il ne faut pas compter sur une évolution bénigne. Celle-ci se fera peut-être dans certains cas, et il est vraisemblable que bien des tentatives d'avor-

tement se sont terminées par des perforations ignorées. Ce fait expliquerait peut-être les adhérences épiploïques que l'on trouve en un point précis de l'utérus, dans les laparotomies faites ultérieurement pour une toute autre cause.

En pratique, les perforations utérines de l'avortement criminel ont une évolution grave, si elles ne sont pas traitées à temps.

a) *Une hémorragie* alarmante amènera parfois la malade à l'hôpital. C'est une éventualité grave à un double point de vue :

1) Elle est le plus souvent abondante, due, non seulement au décollement placentaire du début d'avortement, mais surtout à la plaie utérine, saignant énormément si elle est latérale.

Nous avons même vu que, dans certains cas, l'artère utérine avait pu être lésée.

Ici donc, aucune tendance à l'arrêt spontané, après évacuation de l'utérus — et ce n'est souvent qu'à ce moment que l'on pose le diagnostic.

2) Mais surtout, c'est une éventualité grave, parce que l'on ne pense pas d'emblée à la perforation. La notion d'hémorragie conduit presque automatiquement au curetage, et l'on conçoit les effets désastreux que peut produire une curette menée un peu brutalement dans un utérus déjà perforé.

On ne saurait donc être trop circonspect au moment de commencer un curetage pour hémorragie abondante post abortum.

Essayer avant tout un curetage digital, et, si celui-ci est impossible à cause de l'exiguïté de l'orifice cervical, explorer minutieusement, et avec la plus grande douceur, la cavité utérine à l'hystéromètre.

Nous sommes convaincu — ceci n'étant, mal-

gré tout, qu'une impression — que bien des perforations utérines attribuées au curetage existaient avant celui-ci. On les aurait reconnues si, avant de commencer le curetage, on avait exploré la cavité utérine avec une douceur suffisante pour qu'il soit impossible d'être accusé de l'avoir perforé.

Le médecin traitant d'une de nos malades (Observation I) a, grâce à cette précaution, évité tous soupçons qui se seraient invariablement portés sur lui : appelé pour une hémorragie post abortum, il explora digitalement l'utérus, avant toute introduction d'instrument métallique. Bien lui en prit, puisqu'il ramena à la vulve une anse grêle qui n'avait certes pas été amenée par lui dans l'utérus.

b) L'évolution normale est cependant la *péritonite aiguë généralisée*.

C'est d'ailleurs malheureusement le plus souvent à cette période que l'on voit les malades qui ont attendu jusqu'au dernier moment pour se décider à venir à l'hôpital.

Le tableau clinique est tout différent de celui que nous avons précédemment décrit.

On se trouve en présence d'une malade au facies péritonéal, tantôt prostrée, tantôt au contraire agitée et délirante.

La température est variable, ou bien à 39°, 40°, ou bien au-dessous de la normale, dissociée d'avec le pouls qui bat à 140, 160, et plus. —

La malade a vomi, et vomit encore : vomissements bilieux puis rapidement porracés. On note parfois du hoquet dans l'intervalle des vomissements.

Si l'interrogatoire est possible, on apprend que cet état dure, en s'aggravant, depuis quelques jours ; on apprend parfois aussi l'histoire d'avortement et de perforation. •

La douleur est variable. Quand elle existe, elle est diffusée à tout l'abdomen ; mais souvent, comme

par exemple dans la première observation de Lœwy, la malade n'accuse aucune douleur.

L'examen physique fera rapidement faire le diagnostic de péritonite. L'abdomen est ballonné et respire mal. La palpation note, cependant, un reste de contracture, diffuse cette fois-ci, et confirmant la notion de péritonite sans permettre d'en préciser l'origine.

Il existe parfois un maximum douloureux dans l'hypogastre. Enfin, la percussion permet de noter de la matité dans les régions déclives. Le toucher vaginal provoque une douleur très vive dans les culs-de-sac, et surtout le postérieur. La mobilisation utérine est douloureuse.

Ainsi donc, péritonite aiguë généralisée, peut-être d'origine génitale à cause du maximum pelvien des symptômes, c'est tout ce que l'on peut affirmer par la clinique, à moins que l'interrogatoire, élément capital du diagnostic, nous l'avons déjà dit, ne donne la certitude étiologique.

Au reste, il importe peu, puisque la notion de péritonite aiguë généralisée commande la laparotomie immédiate, et que l'examen de l'utérus lèvera tous les doutes.

A cette période, le pronostic est extrêmement grave. Les péritonites post abortum sont, en effet, le plus souvent hyperseptiques, quoique nous ayons vu que dans certains cas le germe en cause pouvait être d'une virulence moindre que celle du streptocoque ou des anaérobies associés (Lœwy).

Les résultats opératoires sont ici très variables, et malgré l'hystérectomie, malgré un large drainage, il faut bien souvent redouter une issue fatale. La mort surviendra au bout d'un jour ou deux dans le collapsus et l'algidité, avec parfois conservation complète de la lucidité jusqu'à la fin.

FORMES CLINIQUES

Rien n'est plus variable que le tableau clinique des perforations de l'utérus.

Nous avons tout d'abord étudié les formes simples, laissant de côté toutes celles qui viennent se compliquer de lésions viscérales associées.

Bien entendu, ces formes simples peuvent revêtir tous les degrés que nous ne ferons que citer rapidement.

Tout d'abord les *formes latentes*, et nous avons vu que les perforations utérines pouvaient parfois guérir spontanément. Ceci n'a d'ailleurs rien de surprenant, et certains cas doivent évidemment se rapprocher cliniquement des perforations du curetage. Il est admis aujourd'hui par la majorité des auteurs que celles-ci guérissent le plus souvent par la simple application de glace sur le ventre.

Le même résultat favorable peut certainement s'observer au cours de l'avortement criminel si certaines conditions se trouvent réunies : par d'infection génitale antérieure, petite perforation, instruments bouillis, donc à peu près stériles. Le seul témoin de la perforation sera parfois alors une adhérence épiploïque découverte lors d'une laparotomie faite ultérieurement pour une cause quelconque.

A l'opposé de ces formes légères, il faut placer les formes graves :

— soit immédiatement, *formes syncopales* avec hémorragie extrêmement abondante et pouvant rapidement tuer la malade.

— soit dans les jours qui suivent, *formes gangréneuses* dont nous avons déjà vu la gravité.

Mais nous voulons insister surtout sur les *formes compliquées de lésions viscérales*.

La fréquence de ces lésions est en effet assez grande pour en justifier une étude un peu approfondie, et nous verrons plus loin combien elles prennent d'importance au moment de poser les indications thérapeutiques.

1) *Vessie*. — La lésion vésicale peut être parfois décelée par une hématurie. C'est même en pratique le seul symptôme qui en évoque d'abord l'idée. Un cathéterisme, ramenant de l'urine fortement teintée de sang, confirmera le diagnostic.

Un cas de Rosensweig nous paraît devoir rester exceptionnel :

Au cours d'un curetage, un médecin amène à l'orifice cervical une sorte de « polype » qu'il coupe après ligature. Immédiatement après cette section se produit une hémorragie abondante, et une hématurie. On transporte la malade dans une clinique où le chirurgie n'a aucun mal à identifier ce « polype » comme un fragment de vessie !

A la laparotomie, on trouve une grosse déchirure utérine, et deux perforations vésicales antérieure et postérieure. Hystérectomie. Fermeture en deux plans des plaies vésicales. Mèches dans les foyers.

La malade guérit et sortit de la clinique deux mois après l'intervention avec une fistule vésico-vaginale qui se ferma spontanément.

Le pronostic vital des perforations utérines ne semble pas devoir être sensiblement aggravé du fait des lésions vésicales associées. Tout est ici, comme toujours, dans la précocité de l'intervention.

Le pronostic fonctionnel est celui des plaies de

la vessie. Il faudra donc redouter les séquelles vésicales possibles et, en particulier, les fistules vésico-vaginales.

2) *Uretères*. — Il est rare que les lésions uretérales soient diagnostiquées immédiatement. Le plus souvent (Ottow) il s'agit de malades venant consulter pour une fistule uretéro-vaginale. C'est par l'interrogatoire que l'on apprend les manœuvres abortives auxquelles ont succédé plus ou moins rapidement les phénomènes urinaires.

Ottow cite cependant un cas de Peann et Katz dans lequel le diagnostic de lésion urétérale fut fait immédiatement : il s'agissait d'une malade sur laquelle des manœuvres abortives venaient d'être pratiquées par une sage-femme. Le chirurgien dilata le col avec des bougies de Hegar, jusqu'au n° 7, puis plaça une laminaire. Quand il voulut retirer celle-ci, au bout de 24 heures, elle avait disparu dans la cavité utérine. Une pince à faux germes introduite dans l'utérus s'enfonça très profondément, et ramena l'uretère droit. Les auteurs ne disent malheureusement pas quelle thérapeutique fut appliquée et quelles en furent les suites.

Il semble qu'ici le pronostic immédiat doive être fait des délabrements du ligament large, toujours importants pour qu'il y ait eu lésions de l'uretère. Le pronostic éloigné est, au contraire, assez sombre, à cause de la difficulté de traitement des fistules uretéro-vaginales.

3) *Lésions intestinales*. — Elles sont manifestement plus fréquentes que les lésions urinaires. C'est, comme nous l'avons dit, le grêle et surtout son mésentère qui sont le plus souvent touchés. Nous avons eu personnellement l'occasion de voir et de traiter une malade présentant des lésions intestinales importantes, et dont voici l'histoire :

OBSERVATION I (personnelle). — Mme P..., 23 ans, entre d'urgence à l'hôpital le 26 avril 1930, à 2 heures du matin, dans les conditions suivantes :

Son médecin, le Docteur Spindler, avait été appelé auprès d'elle pour une fausse couche de trois mois environ, avec rétention placentaire et hémorragie durant depuis trois jours. Avant toute introduction d'instrument métallique dans l'utérus, il tente un curage digital et ramène à la vulve une anse intestinale au lieu de placenta. Il fait alors transporter d'urgence la malade à l'hôpital, où nous sommes appelé à l'examiner.

On se trouve en présence d'une femme profondément schockée, pâle, au nez et aux extrémités refroidis. Pouls petit, mal frappé, à 120.

L'abdomen est légèrement contracturé à sa partie inférieure, et l'on provoque une vive sensibilité dans tout l'hypogastre. Le toucher n'est pas fait, pour éviter tout risque d'infection, le renseignement donné par le docteur Spindler étant largement suffisant pour poser une indication opératoire d'urgence.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, on voit une grande quantité de sang librement épanché dans la grande cavité. *Pas de pus ni de fausses membranes.* On se porte vers l'utérus qui présente à sa face postérieure une très large déchirure transversale par laquelle s'échappe du sang d'une manière continue. Mais, de plus, une anse grêle pénètre dans cette déchirure utérine. On l'en dégage et on la met de côté, réservant son examen à plus tard.

On fait alors rapidement une hystérectomie sus-vaginale ; on place dans le moignon cervical un gros drain que l'on fixe au col par un catgut, et on péritonise soigneusement au-dessus de ce drain.

On se porte alors vers l'anse intestinale. Celle-ci présente à sa surface de nombreuses taches ecchymo-

tiques, mais surtout elle est complètement désinsérée du mésentère sur une longueur d'environ 25 cm. La déchirure mésentérique saigne assez abondamment. On en fait l'hémostase, puis on résèque le segment de grêle désinséré. Fermeture des deux bouts et anastomose latéro-latérale au fil de lin. *Mikulicz*. Fermeture de la paroi en un plan à la soie n° 3.

La malade est très schockée au moment où on la remet dans son lit. Nez et extrémités froids. Pouls imperceptible. On la dope largement avec tonocardiaques, sérum physiologique.

Les suites opératoires ont été particulièrement favorables. La température reste entre 38°5 et 38° pendant les quatre premiers jours, le pouls aux environs de 100. La malade rend spontanément des gaz le 3^e jour, et a une selle, également spontanée, le 7^e jour.

Ablation du *Mikulicz* le 11^e jour. Le drain vaginal tombe spontanément.

La malade sort en très bon état le 23 mai 1930, soit au 27^e jour de l'intervention. Elle est revue depuis, à plusieurs reprises, sa paroi abdominale est solide, son transit intestinal normal.

Nous avons cherché à savoir par quels moyens un tel traumatisme utérin a pu être obtenu. L'utérus était, en effet, particulièrement déchiqueté à sa face postérieure, et en certains points de celle-ci, n'existait plus que le revêtement péritonéal. Celui-ci était d'ailleurs lui-même horizontalement déchiré sur 4 centimètres environ. Nous avons alors pu apprendre que la malade avait essayé de se faire avorter une première fois avec une sonde en gomme, trois jours avant son entrée à l'hôpital. Après plusieurs tentatives sans doute insuffisantes, elle avait renforcé la sonde par un mandrin en fil de fer. Elle sentit alors brusquement la résistance utérine céder, et la sonde pénétra très profondément. Mais, fait intéres-

sant, elle fut extrêmement difficile à ramener. Il est vraisemblable que, le mandrin s'étant recourbé, la sonde a agi à la manière d'un crochet, et après avoir pénétré dans l'abdomen, a ramené avec elle une anse intestinale qu'elle a ainsi véritablement « croché ».

Ici, le diagnostic ne faisait pas de doute : la présence d'une anse grêle dans le vagin, ou même pendant hors de la vulve comme dans l'observation de Brown Craig, était largement suffisante pour poser un diagnostic précis.

L'anse peut être parfois incluse dans l'utérus ; c'est pourquoi nous ne saurions trop insister sur la nécessité de toujours faire une exploration digitale de la cavité utérine, quand elle est possible, avant d'y introduire une curette. Cette mesure de prudence éviterait bien des mécomptes.

Nous n'avons pas trouvé, parmi les travaux que nous avons lus, d'observations concernant des perforations du grêle sans issue de celui-ci dans la cavité utérine. Le fait doit pourtant certainement exister.

Il est vraisemblable que ces perforations se traduisent cliniquement par un grave syndrome de péritonite aiguë généralisée et que ce n'est qu'à la laparotomie que le diagnostic est fait. Malheureusement, le pronostic doit être ici extrêmement grave, les résultats post opératoires peu brillants, et c'est probablement ce qui explique l'absence de publications concernant ces cas.

Nous avons vu que les lésions recto-sigmoïdiennes étaient rares. Il semble que ces lésions accompagnent plus souvent une blessure du cul-de-sac postérieur qu'une perforation utérine. Une fistule recto-vaginale en est souvent la conséquence.

DIAGNOSTIC

Nous nous arrêterons assez longuement sur ce chapitre. On est trop porté, en effet, par habitude, à cureter presque systématiquement tout avortement qui se présente, et il est bien exceptionnel que l'on envisage cliniquement la possibilité d'une perforation utérine. Un examen bien conduit et un peu approfondi empêcherait cependant, dans bien des cas, une erreur de diagnostic, et éviterait à la malade — et au chirurgien — un curetage intempestif.

Nous sommes convaincu — et nous l'avons déjà dit plus haut — que bien des perforations attribuées au curetage devaient exister avant celui-ci. Comment s'en douter si l'on n'a pas systématiquement examiné sa malade dans ce sens, et si, après un simple toucher vaginal, on a introduit bougies ou curettes dans l'utérus ?

A) Il est des cas où le diagnostic est relativement aisé, car il est orienté par l'interrogatoire de la malade. Celle-ci avoue la manœuvre intra-utérine, précise même parfois qu'elle a ressenti brusquement une vive douleur, en même temps que la sonde ne rencontrait plus de résistance.

Le diagnostic est presque fait, et sera rapidement confirmé par l'examen de l'abdomen. L'examen au speculum est cependant indispensable, et pour avoir négligé de le faire, nous avons été conduit à une erreur de diagnostic. Voici dans quelles circonstances :

OBSERVATION II (personnelle). — Mme B..., 31 ans, entre à l'Hôpital le 30 octobre 1930. Dès l'interrogatoire, on apprend qu'elle a tenté de se faire avorter avec une canule à injections, la veille, à 23 heures, après un retard de trois semaines environ.

La canule a brusquement pénétré très profondément, en même temps que la malade ressentait une douleur abdominale très violente.

Pas d'hémorragie appréciable ni de syncope.

A l'examen, douze heures environ après la tentative d'avortement, l'état général de la malade est bon, la température à 38°.

A la palpation, on note une contracture très localisée à la moitié gauche de l'hypogastre, et cette contracture correspond à une zone douloureuse assez limitée.

L'examen au speculum n'est pas fait.

Sur les conseils de notre maître, le Professeur Proust, on décide l'intervention immédiate.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous ombilicale. On trouve une quantité assez abondante de liquide séropurulent dans le Douglas. Après l'avoir évacué, on voit une perforation siégeant très bas, à la face postérieure de l'isthme, semble-t-il.

Dans ces conditions, on fait une hystérectomie totale. On met un Mikulicz, et on ferme la paroi en trois plans.

L'examen de la pièce nous réservait une double surprise :

1) Tout d'abord, il n'y avait pas de perforation utérine, mais une perforation du cul-de-sac postérieur du vagin, au ras de l'insertion utérine.

2) L'utérus n'était pas gravide, et il fut impossible d'y trouver la moindre trace d'œuf ou de placenta.

Les suites opératoires furent normales, les mèches et le sac enlevés dans les délais habituels. La malade quitta l'hôpital quatre semaines après l'intervention, et fut revue en excellent état le 8 juin 1931.

Il est intéressant de rechercher le pourquoi de cette double erreur de diagnostic, et de voir ce que nous aurions dû faire si nous ne nous étions pas trompé.

Le diagnostic erroné de grossesse ? Il était, nous semble-t-il, bien difficile de ne pas le poser chez cette femme qui accusait un retard de trois semaines, alors qu'elle était normalement bien réglée, et qui avait tenté de se faire avorter.

Le diagnostic erroné de perforation utérine ? Il aurait été évité si nous avions fait un examen au speculum. Cela ne nous aurait d'ailleurs pas empêché de faire une laparotomie, car devant la contraction et la douleur, il fallait rechercher s'il n'y avait pas de lésions viscérales associées. Mais nous n'aurions pas fait d'hystérectomie, nous contentant de drainer le pelvis par l'orifice agrandi du cul-de-sac postérieur.

B) Quand la femme nie toute manœuvre abortive, le diagnostic est beaucoup plus difficile, à moins, comme nous le verrons plus loin, qu'une lésion intestinale ou urinaire ne vienne l'affirmer.

Deux cas se présentent ici : Syndrome péritonéal ; syndrome hémorragique.

1) *Syndrome péritonéal.*

Au début, alors qu'il n'y a pas encore diffusion des phénomènes péritonéaux, le diagnostic peut être parfois posé cliniquement. Certaines affections peuvent cependant prêter à erreur.

Il faut avant tout, devant les vomissements, les

douleurs abdominales, et surtout s'il n'y a pas de contracture, éliminer l'*empoisonnement*.

Erreur d'autant plus plausible que, bien souvent, la femme a ingéré à doses massives des substances abortives, avant de se décider à employer des moyens directs plus efficaces.

Mais, en pratique, c'est surtout aux affections aiguës chirurgicales que l'on pense, et, après avoir localisé la lésion à l'étage inférieur en éliminant facilement les syndromes aigus de l'étage sus-mésocolique, on discute certains diagnostics souvent très délicats.

L'appendicite aiguë, surtout dans sa forme pelvienne, avec sa douleur bas située, parfois même uniquement provoquée par le toucher rectal ou vaginal, ses troubles vésicaux.

L'absence de métrorragies, l'aspect normal du col au speculum, fourniront ici un appoint important au diagnostic.

La torsion aiguë d'un kyste de l'ovaire dont la douleur est plus intense, plus paroxystique que celle de la perforation utérine.

Mais ce sont surtout les *salpingites*, dans toutes leurs manifestations : poussées aiguës de périméto-salpingite, torsion d'un hydrosalpinx, rupture d'un pyosalpinx qui poseront des problèmes délicats.

Il faut d'ailleurs bien dire que c'est à ces lésions que l'on pense tout d'abord, et qu'il est parfois difficile de rattacher les symptômes observés à leur origine puerpérale. C'est pourquoi on ne devra pas omettre, devant un syndrome aigu pelvien, de rechercher soigneusement des signes de grossesse.

Le retard de règle n'est pas toujours une preuve absolue de grossesse ; on l'a vu à la lecture de notre observation II, et l'on sait combien sont fréquentes

les modifications des règles au cours des annexites ou des kystes de l'ovaire.

L'affection étant rattachée à son origine puerpérale, le diagnostic de perforation utérine n'est pas encore fait. Il s'agit évidemment d'un avortement compliqué. Mais de quelle complication ?

Est-ce une infection banale due à la rétention placentaire ?

Est-ce une infection pelvienne ou péritonéale compliquant l'avortement ?

Ou bien est-ce une perforation utérine ?

Le problème est important, puisqu'il aura comme conséquence immédiate une sanction thérapeutique différente : *évacuation utérine ou laparotomie*.

Il faut bien avouer qu'en dehors de l'interrogatoire de la malade, on est souvent bien embarrassé pour poser le diagnostic. C'est pourquoi l'on doit s'efforcer de mettre la femme en confiance, de lui faire comprendre qu'il est de son intérêt de dire s'il y a eu ou non manœuvres abortives, et qu'elle n'a rien à redouter de cette confession qui restera entre elle et le chirurgien.

Si, cependant, l'interrogatoire n'apprend rien de nouveau, il ne reste qu'à demander à l'examen, seul, les renseignements suffisants pour poser les indications thérapeutiques.

L'examen de la malade, d'heure en heure, l'appréciation du degré de contracture, de sa fixité, de sa résolution sous la glace ou au contraire de son extension progressive, la prise répétée du pouls et de la température, tels seront les principaux éléments qui permettront d'étayer une décision thérapeutique.

L'apparition d'un vomissement, l'altération progressive du facies seront également des éléments dont il faudra tenir compte.

Il reste enfin, dans le doute, un moyen dont, à

dessein, nous n'avons pas encore parlé, parce qu'à notre avis il ne doit être qu'un procédé d'exception : c'est l'exploration intra-utérine.

On peut en effet, sous anesthésie générale, à la salle d'opérations, ayant sous la main tout ce qu'il faut pour faire une intervention importante si l'on y est obligé, après enfin avoir prévenu la malade qu'une laparotomie sera peut-être nécessaire, faire une exploration prudente de la cavité utérine.

L'hystéromètre, manié très doucement, ira ainsi explorer les deux faces de l'utérus et surtout le fond ou les cornes. Une main abdominale cherchera à rencontrer l'instrument. Et il faudra tenir compte, dans le résultat de l'examen, de la minceur fréquente de la paroi utérine, surtout chez les grandes multipares.

En résumé : diagnostic difficile, très difficile même ; mais nous pensons qu'en cas de doute, et si la mise en observation avec glace sur le ventre pendant quelques heures n'a pas amené de sédation notable des symptômes, il vaudra mieux faire une laparotomie, même inutile, que de laisser évoluer une péritonite contre laquelle l'intervention ne pourrait plus rien après un certain délai.

Nous avons envisagé jusqu'ici le diagnostic à un stade relativement précoce, alors qu'il n'y avait pas encore diffusion de la péritonite. Bien souvent, cependant, comme nous l'avons déjà vu, les malades ne sont amenés à l'hôpital que tardivement, en pleine péritonite. Ici, plus de symptômes précis permettant de localiser le point de départ de l'affection. La malade, souvent agitée ou délirante, ne peut répondre utilement aux questions qu'on lui pose, et son entourage se garde bien de donner les renseignements nécessaires.

Péritonite diffuse, c'est entendu, mais quelle péritonite ?

On accuse, par impression, l'appendice, les trompes, un kyste de l'ovaire suppuré et rompu, une péritonite à pneumocoques, et ce n'est en réalité que la laparotomie qui tranchera la question.

Ce n'est encore ici que dans les cas où l'on possède des antécédents précis de manœuvres abortives que l'on pourra poser un diagnostic à peu près certain.

Il existe encore cependant une cause d'erreur : c'est la *gangrène utérine* post abortum, sans perforation. Nous en devons une très belle observation au docteur Raymond Bernard :

Mme G... Marguerite, 30 ans, entre le 24 août 1931 à l'hôpital, dans les conditions suivantes :

L'avant-veille, 22 août, à la suite d'un retard de règles de 15 jours environ, son mari lui fait une injection intra utérine *de savon noir*. L'introduction de la sonde fut peu douloureuse, mais, dès le début de l'injection, la malade ressentit des coliques utérines extrêmement vives. Ces douleurs ne firent d'ailleurs qu'augmenter d'intensité, en même temps qu'apparaissaient très rapidement frissons et vomissements. L'arrêt des matières et des gaz était absolu, malgré une purge et deux lavements qui furent administrés à la malade le lendemain de sa tentative d'avortement.

Le surlendemain, l'état très grave, la température à 39°, les vomissements incessants, les douleurs diffusées à tout l'abdomen, décidèrent enfin le transport de la malade à l'hôpital.

A l'entrée: état de schock intense et d'intoxication profonde. La langue est sèche, le ventre ballonné, douloureux dans toute son étendue ; le pouls est filant, incomptable.

On porte le diagnostic de péritonite post-abortum et on décide l'intervention immédiate (Docteur R. Bernard).

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Liquide séro-purulent dans le ventre, fausses membranes sur l'intestin. L'utérus est gangrené sur une large étendue. On fait donc une rapide hystérectomie subtotale. Mikulicz. Paroi en un plan aux bronzes.

Examen de la pièce. — L'utérus se montre à la coupe sphacelé, gangrené, d'odeur très fétide. Mais il n'existe pas de perforation.

Les suites opératoires, contrairement à ce que l'on aurait pu penser, furent relativement simples. Largement dopée, pourvue de sérum antigangréneux dans la plaie abdominale et de sérum antistreptococcique intraveineux, la malade guérit rapidement et sortit de l'hôpital le 20 septembre 1931.

Il est évident que, dans un cas pareil, devant des symptômes de péritonite généralisée, et sur la foi d'antécédents aussi précis, le seul diagnostic auquel on pouvait penser était celui de péritonite par perforation utérine. L'erreur était d'ailleurs de minime importance, puisqu'elle commandait malgré tout la laparotomie d'urgence.

2) *Syndrome hémorragique.*

En présence d'une hémorragie très abondante, parfois même syncopale, il est souvent aussi très difficile d'en préciser la cause exacte.

Nous n'avons pas à discuter ici le diagnostic souvent délicat entre l'hémorragie de l'avortement tubaire et celle de l'avortement utérin. Mais ces deux hémorragies ressemblent souvent étrangement à une troisième : celle de la perforation utérine. N'est-il pas cependant capital, ici encore, de préciser l'état de l'utérus avant d'y pénétrer avec une curette ? Tout ce que nous avons dit au chapitre précédent s'applique encore à celui-ci. Il faut toujours, avant de commencer un curetage, palper soigneusement

l'abdomen, savoir y noter une légère contracture — et c'est souvent très difficile, affaire de patience et de grande habitude — et enfin explorer doucement et soigneusement la cavité utérine. Que de débâtres seraient évités si l'on suivait scrupuleusement cette ligne de conduite.

C) Nous ne ferons enfin que signaler les diagnostics que peuvent poser les perforations utérines compliquées de lésions viscérales.

1) En cas de lésions urinaires, le diagnostic est souvent facile, à cause du symptôme révélateur : l'hématurie. Il est vrai que celle-ci peut passer inaperçue, ou être confondue avec du sang venu des voies génitales. Un cathétérisme permettra de confirmer ou d'infirmer un diagnostic hésitant. Il faut d'ailleurs bien dire que, tout au moins d'après les observations que nous avons lues, le diagnostic se pose en pratique de deux façons différentes :

— Ou bien il est immédiatement évident, par la grossièreté des lésions urinaires.

— Ou bien, si les lésions sont discrètes, le diagnostic n'est pas fait précocement. Ce n'est que plus tard que l'on cherche à rapporter à sa véritable cause une fistule vésico ou uretéro-vaginale.

2) Il n'en est malheureusement pas toujours de même du diagnostic des lésions intestinales associées. Celui-ci est parfois évident, et il est certain que ni Brown Craig, ni nous-même n'avons eu de mal à établir un diagnostic qui s'imposait par la présence à la vulve d'une anse intestinale.

Dans certains cas, l'anse grêle a été perforée, sans être ensuite ramenée à la vulve. Quel autre moyen de diagnostic que la laparotomie possède-t-on alors ? Rien, dans les signes fonctionnels ou physiques constatés, ne permet de faire, d'une manière

certaine, la différence entre les signes utérins et les signes intestinaux. Ce fait prend une importance majeure au moment de poser les indications thérapeutiques, que nous allons étudier maintenant.

TRAITEMENT

Il nous reste à étudier les méthodes thérapeutiques que l'on peut opposer aux perforations utérines. Ces méthodes sont suffisamment nombreuses pour qu'il soit utile de les passer en revue et de discuter leur valeur respective.

En pratique, les modes de traitement se réduisent à deux groupes principaux :

— L'abstention opératoire avec expectative armée.

— L'intervention chirurgicale immédiate, et ses diverses modalités : voie vaginale ; voie abdominale avec ou sans hystérectomie.

— Nous étudierons de plus les problèmes thérapeutiques que posent les lésions viscérales associées.

A) *L'abstention opératoire*

Il est bien entendu que nous envisageons sous ce nom l'expectative armée avec glace sur le ventre, sans injection, sans exploration utérine, et avec examens répétés de la malade qui permettraient d'intervenir à la moindre aggravation.

On sait qu'à l'heure actuelle, l'abstention est la méthode de choix pour les perforations utérines du curetage thérapeutique, à condition qu'il n'y ait pas d'infection utérine aiguë.

La majorité des auteurs est d'accord sur ce point, et les cas heureux publiés sont très nombreux. Nous en avons rappelé plus haut un cas personnel, nos maîtres et nos collègues d'internat nous en ont maintes fois cité.

En est-il de même pour les perforations de l'avortement criminel, quand celles-ci sont évidentes ? Certainement non, et il nous semble qu'ici l'abstention est la pire des méthodes.

Sans doute, a-t-on pu observer des cas heureux. Balard a publié une observation dans laquelle l'avortement avait été provoqué par une injection intra-utérine de teinture d'iode. Il explore l'utérus qui présente une large perforation sur sa face antérieure. Expectative. Glace sur le ventre. Guérison sans incidents.

Mais, pour ce cas heureux, combien de malheureux, dont on peut rapprocher celui, très instructif, publié par Mauclair, et dont nous avons parlé plus haut.

Deux raisons plaident, à notre avis, en faveur de l'intervention chirurgicale immédiate :

1) « Toute perforation par manœuvres abortives doit être, *a priori*, considérée comme infectée » (Monod et Kiraly) et par conséquent comme menace grave de péritonite diffuse.

2) On ne peut jamais affirmer par la seule clinique qu'il n'y a pas de lésions viscérales associées. Il faut donc toujours aller explorer les viscères para-utérins par une laparotomie.

Il faut d'ailleurs bien dire que l'intervention immédiate est la conduite adoptée par la majorité des auteurs, et que le seul cas d'abstention vraie que nous ayons trouvé au cours de nos recherches est celui de Balard.

Dans certains cas, cependant, le diagnostic n'est

pas évident, on hésite, et l'on redoute de faire une laparotomie inutile.

L'état général de la femme est bon, il n'y a pas de température, les signes locaux de réaction péritonéale sont au minimum.

Peut-être serait-on alors autorisé à attendre, à la condition formelle de pratiquer des examens répétés d'heure en heure, et de se tenir prêt à intervenir à la moindre menace d'aggravation.

Il en est ici comme des contusions de l'abdomen, et, dans le doute, il vaut mieux faire une laparotomie exploratrice inutile, que de laisser diffuser une péritonite contre laquelle on ne pourrait tardivement plus grand chose.

B) *Les interventions sanglantes*

Le principe de l'intervention immédiate dans les perforations par manœuvres abortives étant admis, il reste à en préciser les modalités. De toutes façons, le but de l'intervention est double :

- traiter ou supprimer le foyer d'infection,
- drainer largement la cavité pelvienne.

Deux voies sont alors possibles :

- la voie vaginale,
- la voie abdominale.

1) *La voie vaginale* a été préconisée et employée par de nombreux auteurs. Monod et Kiraly en publient un cas, peu démonstratif d'ailleurs, car la femme était en pleine péritonite depuis quatre jours, et l'intervention faite sur un cas vraiment désespéré fut suivie d'une mort presque immédiate.

Notre maître, le Professeur Proust, a opéré et guéri une malade, en janvier 1930, qui présentait

un avortement avec signes graves d'infection. Il fit une hystérectomie vaginale et enleva un utérus dont le fond était perforé. Les suites opératoires immédiates furent très satisfaisantes, mais une double phlébite retarda la guérison de la malade.

J.-L. Faure et Siredey, dans leur traité de gynécologie, donnent les conseils suivants: « Dans les perforations, au cours d'un avortement provoqué, il faut attendre en surveillant de près les malades. En cas de phénomènes d'infection graves, on n'hésitera pas à pratiquer une hystérectomie, et en particulier une hystérectomie vaginale qui guérira tout aussi bien la malade tout en lui faisant courir moins de risques. »

Il est certain que tous ceux qui ont fait ou ont vu faire des hystérectomies vaginales ont été frappés de la simplicité des suites opératoires, et l'on est au premier abord tenté d'employer cette méthode chez des femmes dont l'état général est souvent précaire.

Plusieurs arguments, cependant, s'élèvent de façon sérieuse contre l'hystérectomie vaginale.

Tout d'abord, un argument de technique, donné par Monod et Kiraly qui écrivent: « Il nous semble que la vaginale est particulièrement malaisée dans ces cas où l'utérus est d'une extrême friabilité et se déchire à la moindre traction ».

Mais ce sont des arguments plus graves que nous voulons opposer ici à l'hystérectomie vaginale.

On a dit et écrit bien souvent que c'était un procédé aveugle, et c'est certainement la principale objection que lui font ses adversaires. Si cette objection n'est pas toujours valable, il semble cependant qu'elle prend une particulière importance dans les cas qui nous intéressent.

Aveugle, elle ne permet pas d'apprécier l'importance des lésions utérines. Elle supprime à tout coup

des utérus que l'on aurait peut-être pu conserver par voie abdominale en se bornant à suturer les lésions.

Mais surtout, elle ne permet pas d'explorer de façon minutieuse les organes para-utérins. Elle risque ainsi de laisser le chirurgien passer à côté d'une déchirure vésicale, d'une perforation intestinale dont le traitement immédiat aurait eu les plus grandes chances de succès.

Il nous semble que ces deux arguments sont d'une valeur suffisante pour faire rejeter la voie vaginale, comme voie habituelle de traitement des perforations utérines. Nous disons voie habituelle, car il est peut-être quelques exceptions, et la voie vaginale — c'est d'ailleurs lui laisser une bien mauvaise part — restera peut-être la seule indiquée dans les cas désespérés où l'on considère une laparotomie comme trop grave, et où l'on veut tout de même tenter quelque chose...

2) *La voie abdominale* est donc à notre avis la voie de choix. La malade sera mise tout d'abord en position très peu inclinée. On fera une laparotomie médiane sous ombilicale que l'on agrandira plus ou moins en haut suivant les besoins. On se donnera du jour avec une large valve de Doyen et on fera tout d'abord une exploration minutieuse du petit bassin en évitant autant que possible de remuer les anses intestinales. Il faut en effet examiner soigneusement toutes celles qui avoisinent l'utérus, avant de basculer la malade et de refouler l'intestin par des champs abdominaux.

Si la malade était mise trop précocement en position de Trendelenburg, l'anse intestinale perforée disparaîtrait au milieu de ses voisines, et l'on risquerait ainsi d'ignorer une lésion très importante.

Cette manœuvre, capitale à notre sens, ayant

été faite, et le bassin ayant été asséché, il reste à examiner la vessie, le rectum et l'utérus.

L'examen du rectum est facile. Celui de la vessie sera fait à deux reprises, avant et après le décollement du cul-de-sac vésico utérin. Une lésion sous-péritonéale de la vessie serait d'ailleurs déjà révélée par la présence d'une large tache ecchymotique ou d'un hématome sous-séreux.

On examine enfin les lésions utérines.

Nous avons vu combien celles-ci étaient variables, tant dans leurs dimensions que dans leur degré d'infection. Ce sont ces deux éléments qui vont dicter la conduite à suivre : suture ou hystérectomie.

La suture de la plaie utérine ne doit être pratiquée que s'il n'y a pas d'infection appréciable.

a) Si l'orifice utérin est punctiforme, elle n'offre aucune difficulté. Nous avons vu cependant qu'à un orifice péritonéal punctiforme, ne répondaient pas toujours des lésions utérines minimales. Il est donc bon d'exciser ou de décoller un peu le revêtement péritonéal, pour se rendre mieux compte de l'état du muscle utérin. Celui-ci étant satisfaisant, on excise aux ciseaux courbes les tissus contus, et on suture avec du gros catgut chromé. Il vaut mieux ne pas employer ici du matériel non résorbable, étant données les conditions d'asepsie toujours douteuses dans lesquelles on se trouve.

b) Si l'orifice est étendu, mais régulier, et non infecté, on peut également tenter la suture en observant les mêmes précautions que précédemment (Dubois Roquebert, cité par Lapointe.)

Brindeau et Lemeland recommandent de vider auparavant l'utérus de son contenu par la plaie utérine. Ceci, bien entendu, ne peut être fait qu'après

une protection et un isolement rigoureux du champ opératoire.

L'hystérectomie sera employée dans tous les autres cas, les plus nombreux d'ailleurs, où la plaie utérine sera anfractueuse et déchiquetée, où l'utérus sera infecté, où il y aura du pus dans la cavité pelvienne. Il semble, en effet, très imprudent de laisser alors en place ce foyer d'infection, et ce que nous avons dit plus haut de la gangrène utérine secondaire, l'observation de Mauclaire en particulier, sont des arguments suffisants pour justifier l'hystérectomie.

La hauteur de celle-ci sera essentiellement fonction de la hauteur des lésions utérines. Le plus souvent, une hystérectomie subtotale sera suffisante. Elle permettra le drainage déclive par les voies naturelles aussi bien que l'hystérectomie totale. Le col utérin gravide est en effet le plus souvent dilaté et admettra facilement un gros drain.

Il nous reste en effet maintenant à étudier la question du drainage. Plus que jamais, celui-ci s'impose dans les cas qui nous intéressent.

Drainage déclive par un gros drain que l'on introduira dans la cavité vaginale ou dans le moignon cervical, suivant l'hystérectomie que l'on aura pratiquée. Si l'on peut, et surtout si l'état général de la malade ne commande pas une intervention très rapide, on péritonisera soigneusement au dessus de ce drain qui asséchera ainsi largement l'espace celluleux sous-péritonéal.

Drainage abdominal également. Les moyens que l'on trouve à sa disposition sont ici très nombreux. Drains, mèches, Mikulicz ont leurs partisans et leurs adversaires. Il ne nous appartient pas de préconiser telle ou telle méthode dont les avantages et les in-

convénients respectifs ont déjà fait couler tellement d'encre.

Pour notre part, nous avons mis un Mikulicz aux deux malades que nous avons opérées. Elles ont guéri dans un laps de temps n'excédant pas quatre semaines, et ne présentaient d'éventration ni l'une, ni l'autre, quand nous les avons revues plusieurs mois après l'intervention. La facilité des suites opératoires que nous avons ainsi observées nous engagera certainement à employer ce mode de drainage si les hasards de la clinique nous donnent l'occasion d'observer d'autres cas analogues.

On pourra, d'autre part, mettre à côté du Mikulicz un drain qui permettra d'installer une irrigation discontinue avec la solution de Dakin. En dehors de son rôle antiseptique certain, cette manœuvre présentera l'avantage de donner un décollement plus facile du sac.

La paroi sera refermée, soit en trois plans, soit en un seul plan aux bronzes ou à la grosse soie.

Les soins post-opératoires seront d'une importance considérable.

La malade sera mise en position demi-assise, largement dopée par des doses abondantes de sérum physiologique sous-cutané, des tonicardiaques, et au besoin une transfusion sanguine.

L'emploi du sérum hypertonique à 20 % intra-veineux est également à recommander et semble aider efficacement les malades à lutter contre les phénomènes toxiques de la péritonite.

Enfin, l'on n'omettra pas les injections de morphine, deux centigrammes au moins par 24 heures. Notre maître, le Professeur Gosset, y a justement insisté dans son rapport du 26 mars 1930, à la Société de Chirurgie. « Elles donnent le repos et le sommeil », si utiles à ces malades, et n'ont pas l'action nocive sur les reins qu'on leur attribuait autrefois.

C) *Traitement des lésions viscérales associées*

Nous n'insisterons que peu sur ce sujet pour lequel les indications opératoires sont relativement simples dans la majorité des cas.

Les lésions vésicales seront traitées par une suture en deux plans : muqueux au catgut, musculeux au fil de lin ou à la soie — une sonde à demeure sera, bien entendu, mise en place.

Les lésions urétérales sont beaucoup plus difficiles et décevantes à traiter. Suture simple, urétéro-néo-cystostomie sont souvent vouées à l'échec et suivies d'une fistule urétéro-vaginale...

Les lésions intestinales réclameront un traitement variable suivant leur importance.

Une plaie latérale sera suturée transversalement en deux plans, ou fermée par une bourse si elle est de peu d'importance.

Mais si les lésions sont étendues, et surtout si le mésentère a été intéressé, on sera conduit à la résection. L'anastomose qui suivra pourra être faite avec avantage au bouton de Murphy ou de Jaboulay s'il s'agit d'intestin grêle. Cette manœuvre fera gagner un temps appréciable chez ces malades toujours très schockées.

Les lésions recto-sigmoïdiennes, si elles sont trop importantes pour être convenablement suturées d'emblée, nécessiteront parfois une dérivation iliaque temporaire des matières (Placentianu).

Dans tous ces cas, bien entendu, et plus que jamais, seront importants les soins post opératoires sur lesquels nous avons insisté plus haut.

CONCLUSIONS

1° Les perforations utérines de l'avortement criminel sont plus fréquentes qu'on ne le pense habituellement. Bien des perforations sont attribuées à tort au curetage, alors qu'elles existaient avant celui-ci.

Leur fréquence s'explique par la fragilité de l'utérus gravide, la violence et la maladresse avec laquelle sont souvent pratiquées les manœuvres abortives.

2° Les lésions utérines sont de degrés variables. Mais un fait capital domine leur évolution : l'importance de l'infection et de la gangrène utérines.

Il faut, de plus, toujours craindre une lésion associée des viscères para-utérins : vessie, uretères, et surtout intestin grêle.

3° S'il est rare d'observer cliniquement le syndrome de perforation utérine au début, il est beaucoup plus fréquent de le voir alors que des phénomènes nouveaux sont venus modifier les symptômes : signes de grande hémorragie parfois, mais surtout signes d'infection et de péritonite.

C'est en effet la péritonite qui domine tout le pronostic ; c'est à cause d'elle et de sa gravité que l'on doit intervenir d'urgence.

4° Le tableau clinique peut être parfois modifié du fait de lésions viscérales associées, qu'il est en général aisé de reconnaître.

5° Le diagnostic, facile quand les manœuvres abortives sont avouées, est beaucoup plus difficile quand celles-ci restent ignorées.

En dehors de l'examen clinique qui montre des signes de péritonite, sans plus, une seule manœuvre permettra d'affirmer un diagnostic hésitant : l'exploration très prudente de la cavité utérine.

6° Le traitement devra toujours être chirurgical ; l'abstention et l'expectative armée, souvent recommandées dans les perforations du curetage thérapeutiques, sont ici à proscrire formellement à cause du double danger de gangrène utérine et de lésions viscérales associées.

La voie vaginale ne semble pas indiquée ici ; elle ne permet pas de voir les lésions associées, et supprime des utérus que l'on aurait parfois pu suturer et conserver.

La voie de choix est la voie abdominale qui permettra :

— de faire un inventaire complet des lésions para-utérines et de les traiter s'il y a lieu ;

— de suturer et de conserver un utérus dont les lésions sont peu importantes ;

— de faire une hystérectomie subtotale ou totale, suivant la hauteur des lésions, si celles-ci sont importantes ou infectées. On attachera enfin la plus grande importance au traitement post-opératoire : sérum physiologique à doses massives, sérum salé hypertonique intraveineux, morphine.

7° Le pronostic est essentiellement fonction de la précocité du diagnostic, et s'aggrave rapidement dès que les phénomènes de péritonite ont fait leur apparition.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse,*
A. GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

OUVRAGES CONSULTÉS À PROPOS DE CE TRAVAIL

- ARNOULD. — Le Traitement des Perforations utérines. Marseille Médical, N° 22. 5 Novembre 1930.
- AUVRAY. — Discussion à la Société de Chirurgie. 1924, p. 828.
- BALARD. — Perforation utérine constatée au cours d'un curetage pour avortement criminel. Bull. Soc. d'Obst. et Gynécologie, 1928, p. 851.
- BALTHAZARD. — Bulletin Société de Médecine Légale. Janvier 1914.
- BATTOMLEY. — Passage d'une sonde utérine à travers la paroi abdominale. Medical Journal and Record. N° 6, 21 septembre 1927.
- BRINDEAU ET LEMELAND, dans Traité d'Obstétrique. Bar et Brindeau, T. 3, p. 555.
- BROWN CRAIG. — Perforation de l'utérus avec blessure du grêle. Medical Journal of Australia. N° 11, 17 mars 1928.
- COTTE et POTVIN. — Rapport au Congrès de Gynécologie, 1921.
- J.-L. FAURE et SIREDÉY. — Traité de Gynécologie, p. 182.
- FIEUX. — Perforation gangréneuse de l'utérus abortif. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1910, N° 7.
- GEORGESCU et JONESCU. — Rupture utérine par tentative d'avortement. Revista de Chirurgie. Bucarest. Août 1929.
- GUYOT et VILLAR. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux. 8 mai 1928.
- KRSEK. — Avortement provoqué avec perforation étendue de l'utérus. Bratislavke Lekarske Listy. N° 10. Octobre 1929.
- LAPOINTE. — Bulletins de la Société de Chirurgie. 1924. p. 282.
- LAUBENBURG. — Deux cas curieux d'inclusion des viscères dans les perforations utérines. — Zentralblatt für Gynécologie, N° 18, 4 mai 1929.

- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, T.III, p.545.
- LECLERCQ et CRÉPIN. — Bulletins de la Société de Médecine Légale. Janvier 1914.
- LCÉWY. — Bulletins de la Société de Chirurgie, N° 12, 1930.
- MAUCLAIRE. — Perforation gangréneuse secondaire de l'utérus. Société Nationale de Chirurgie. 1^{er} juillet 1914.
- MESTITZ. — Blessure grave de l'intestin à la suite d'une perforation utérine. Zentralblatt fur Gynecologie. N° 50. 14 décembre 1929.
- P. MONOD et KIRALY. — Perforations de l'utérus infecté (post abortum). Presse Médicale. 30 Août 1930.
- MORGENSTERN. — Thèse de Paris, 1922.
- MOULONGUET et DOBKEVITCH. — Les diagnostics anatomo-cliniques de P. Lecène, T. II.
- OTTOF. — Déchirure de l'uretère après perforation utérine. Zentralblatt fur Gynecologie. N° 48. 1^{er} décembre 1928.
- PAUL. — Thèse de Paris. 1906.
- PLACENTIANU. — Perforation utérine avec rupture de l'anse sigmoïde. Clujul Medical. 1^{er} avril 1931.
- ROZENSWEIG. — Déchirure de la vessie après perforation utérine. Zentralblatt fur Gynecologie. N° 48. 1^{er} décembre 1928.
- RIBEMONT, DESSAIGNE et LEPAGE. — Traité d'Obstétrique.
- SCHWARTZ. — Le Traitement des blessures de l'utérus. American Journal of Obstetrics and Gynecology, N° 1, Janvier 1929.
- SIMONCELLI. — Perforation utérine et intestinale par manœuvres abortives. Il policlinico. Rome. N° 1. 5 janvier 1931.
- SMITH. — Avortement avec perforation utérine. Long Island Medical Journal Brooklyn. 1915, p. 56.
- SSEERGEFF. — Contribution aux perforations utérines. Zentralblatt fur Gynecologie. N° 51, 22 décembre 1928.
- TREMOLIÈRES. — Rupture de l'artère utérine au cours d'un avortement. Revue Médicale de la Suisse Romande. 1908, p. 504.
- WORTMANN MAXWELL. — Perforation traumatique de l'utérus avec lésion du rectum. American Journal of Obstetrics and Gynecology. N° 1, Janvier 1929.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	13
Etiologie	15
Anatomie pathologique	17
Etude clinique	24
Formes cliniques	32
Diagnostic	38
Traitement	47
Conclusions	57
Ouvrages consultés à propos de ce travail	59



